1834-35956

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 novembre 1903, à 1 heure

PAR

Henri AUCOPT

Ancien externe des hôpitaux

DE L'HYSTÉRIE TRAUMATIQUE

ET DE

LA SIMULATION

Étude médico-légale

Président : M. RAYMOND, *Professeur.*

Juges : MM. G. BALLET, *Professeur.*
VAQUEZ, *Agrégé.*
RICHAUD, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1903

36828

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	LANDOUZY
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD
	BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM.	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des travaux anatomiques)
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DESGREZ.		RICHAUD.	WURTZ.
DUPRÉ.			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR AUCOPT

Faible témoignage de reconnaissance
et de respectueuse affection

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Témoignage de profonde gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur à la Faculté de Médecine.
Médecin de l'hospice de la Salpêtrière.
Officier de la Légion d'Honneur.

AVANT-PROPOS

Pendant notre passage dans le service de M. le professeur Raymond, nous avons eu l'honneur d'assister à une leçon de notre maître sur plusieurs cas d'hystéro-traumatisme fort intéressants.

Et nous avons pensé, aidé par les conseils de M. le docteur Sicard, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, médecin des Hôpitaux, à en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

D'autre part, ayant résolu de nous limiter sur un sujet si vaste, nous nous sommes proposé d'en parler surtout au point de vue de la simulation et d'y adjoindre une étude médico-légale.

Mais, auparavant, nous avons un devoir strict autant qu'agréable que nous sommes particulièrement heureux de remplir : c'est de remercier les maîtres à qui nous devons nos connaissances médicales.

Nous avons suivi le service de M. le docteur Cuffer, médecin de l'hôpital Necker, dont nous n'oublierons jamais les sages conseils et les attachantes leçons au lit du malade.

C'est dans le service de M. le docteur Campenon, chirurgien de l'hôpital de la Charité, que nous avons fait la plus grande partie de notre éducation chirurgicale. Nous garderons un souvenir admiratif de son enseignement clinique, que nous avons suivi avec tant d'intérêt et nous l'assurons de toute notre gratitude.

A la clinique Tarnier, M. le professeur Budin, par ses savantes leçons et ses causeries, nous a fait apprécier et aimer l'art de l'obstétrique. Nous en garderons un ineffaçable souvenir.

Enfin nous avons suivi avec beaucoup d'intérêt l'enseignement de M. le professeur Raymond, médecin de la Salpétrière. Nous avons toujours trouvé auprès de lui, dans plusieurs circonstances l'accueil le plus bienveillant. Nous sommes heureux de lui témoigner notre bien vive reconnaissance.

Nous avons pu compléter nos connaissances médicales à la Charité en qualité d'externe, successivement dans les services de M. le docteur Gouraud et de M. le docteur Toupet dont nous avons pu apprécier la bienveillance et chez lequel nous n'avons pu passer qu'un temps vraiment trop court.

Qu'ils reçoivent ici l'assurance de toute notre gratitude.

A M. le docteur Brocq, médecin de l'hôpital Broca, et à M. le docteur Comby, médecin de l'hôpital des Enfants Malades, dont nous avons suivi avec intérêt les consultations et qui nous ont enseigné, l'un les maladies cutanées et syphilitiques, l'autre les maladies de l'enfance, nous adressons ici nos respectueux remerciements.

M. le docteur Sicard, médecin des hôpitaux, a bien voulu nous fournir les éléments de cette étude, et nous aider de ses conseils; nous lui adressons ici nos bien sincères remerciements.

Nous remercions également M. le docteur Thoinot, professeur agrégé, qui a bien voulu nous donner quelques conseils au point de vue médico-légal.

Nous adressons aussi des remerciements à M. le docteur Georges Brouardel, médecin des hôpitaux, qui nous a donné quelques avis.

Enfin nous avons aussi à remercier notre ami, M. René Dupart, externe des hôpitaux, à qui nous devons une bonne traduction de l'intéressant article de Kirsch, que nous citons plusieurs fois daus le courant de notre travail.

Que M. le professeur Raymond daigne agréer l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Le médecin se trouve fréquemment en face de malades qui, à la suite d'un traumatisme, même léger, présentent tous les symptômes hystériques, ou même (et c'est le plus souvent), quelques-uns des stigmates d'hystérie. Y a-t-il de la simulation ? Telle est la question qu'il doit toujours se poser.

Mais il ne devra pas pécher par excès et prendre pour de la simulation des symptômes subjectifs amplifiés, exagérés par l'état hypochondriaque dans lequel se trouve la victime.

Depuis longtemps, on trouve des médecins aux prises avec d'habiles simulateurs :

En 1814, le médecin militaire Fodéré assure « que l'art de la simulation s'est tellement accru depuis vingt ans, qu'il est presque aussi difficile de distinguer une affection lorsqu'elle est feinte, que de la guérir lorsqu'elle est vraie, car ajoute-t-il, les jeunes gens apprennent de longue main à simuler certaines infirmités pour s'exempter du service militaire. » (1).

(1) Catrin. *Manuel de Diag. méd.*, Debove et Achard, p. 556.

Aujourd'hui, la simulation n'est pas seulement répandue dans l'armée, mais on la trouve partout et plus fréquemment chez les travailleurs indigents, pour qui le problème de l'existence se pose chaque jour.

La simulation est du reste inhérente à la nature humaine.

Tantôt l'entourage finit par auto-suggestionner le malade en le plaignant trop vivement : tantôt c'est la frayeur éprouvée et les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident ; parfois aussi, des agents d'affaires plus ou moins honnêtes, connaissant à fond tous les ouvrages où l'on traite de la simulation s'emploient auprès des ouvriers blessés et leur apprennent, en quelque sorte, la manière de simuler le mieux une affection (1).

L'hystéro-traumatisme leur fournit encore un vaste champ d'escroqueries, si je puis ainsi parler, car les signes en sont fort divers, tres fugaces parfois et bien propres à embarrasser un médecin qui connaît peu ses nombreuses manifestations.

Le plus souvent, ce n'est pas à la simulation complète que l'on a affaire, mais c'est plutôt à l'exagération d'une affection qui existe réellement.

En outre, il est à remarquer que ce sont les médecins les moins instruits qui ont le plus de tendances à voir de la simulation. Il est très commode, en effet, de déclarer simulateur un individu sur la maladie duquel on ne peut porter de diagnostic précis (2).

(1) Becker. Simulation, *Guide du médecin expert*, traduc. par Gallez et Moreau, Bruxelles 1903.

(2) Becker. *Loc. cit.*

L'hystérie traumatique donne aussi une foule de signes subjectifs qu'il est difficile de contrôler. Le médecin chargé d'expertiser sur des cas semblables devra fournir des preuves irréfutables, claires, comprises par tous et étayées sur des arguments probants.

En résumé, le diagnostic de l'hystérie traumatique est souvent difficile, mais, cependant un expert attentif et expérimenté pourra toujours dépister le simulateur.

Nul ne discutera l'importance de ce diagnostic en médecine légale. On ne doit pas priver, en effet, un blessé d'une réparation pécuniaire à laquelle il a droit.

Maintenant, disons quelques mots de l'histoire de l'hystérie traumatique.

John Eric Erichsen, en 1866, fut le premier qui posa nettement la question, mais il attribua ses manifestations à l'existence de lésions irritatives de la moelle et de l'encéphale.

En 1878, Charcot, dans ses remarquables leçons, traite longuement « De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale ».

Puis ce furent les Américains Walton et Putnam avec le Railway-Spine et le Railway-Brain.

Enfin, les Allemands et Oppenheim parlent de « la névrose traumatique », appellation proposée par Strumpell (1).

En 1888, Charcot, dans ses conférences du mardi à la Salpêtrière, montra péremptoirement que tous les phé-

(1) *Thèse* de Thyssen, 1887-88, Paris.

nomènes nerveux, suite de traumatisme, n'étaient que des manifestations hystériques ; et le professeur Joffroy créa l'hystéro-traumatisme » (1).

Plus tard, G. Ballet étudia de nouveau la question et trouvant dans la plupart des cas des signes de neurasthénie proposa le nom « d'hystéro-neurasthénie ».

Il ne se passe pas enfin de « mardi », à la Salpêtrière, où le professeur Raymond ne puisse présenter aux élèves des cas typiques d'hystéro-traumatisme.

On voit donc actuellement que les cas d'hystérie traumatique vont se multipliant tous les jours. Ils devient ainsi nécessaire, comme nous l'avons dit plus haut, de savoir en faire un diagnostic certain.

Aussi nous proposons-nous de citer quelques observations d'hystérie traumatique intéressantes, au double point de vue clinique et médico-légal.

Nous essaierons ensuite de donner quelques procédés propres à contrôler les différentes manifestations que l'on y rencontre.

Enfin, nous aborderons la question médico-légale et nous nous efforcerons de montrer la marche que le médecin expert doit suivre dans un cas de ce genre.

Puis nous terminerons notre travail par le plan d'un rapport.

(1) Markoff. *Thèse* de Paris, 1902.

L'hystéro-traumatisme

Non seulement le traumatisme éveille des manifestations hystériques chez des gens reconnus franchement hystériques, mais encore ses manifestations peuvent se produire dans les mêmes conditions chez des prédisposés par leur système nerveux ou leurs tares antérieures et, par conséquent, en puissance d'hystérie latente.

Le traumatisme n'est du reste que la cause occasionnelle et encore, par l'intermédiaire du choc nerveux, de l'émotion, de la terreur, peut-être aussi par une suggestion traumatique (1).

Le sexe, l'âge, la profession n'ont aucune influence.

Le genre, la force et la violence du traumatisme n'influent pas davantage.

Nous ne voulons pas entreprendre de discuter ici les nombreuses théories émises sur la pathogénie de l'hystérie traumatique, qu'il nous suffise de savoir que Charcot et l'école française attribuent au choc moral le principal rôle.

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du syst. nerv.*, T. III. Leçon XII, p. 357.

Le début de l'affection est très variable. Tantôt subit, parfois, au contraire, et c'est le plus souvent, il se passe un temps assez long entre le traumatisme et l'éclosion des symptômes.

C'est ce que Charcot a appelé « la période de méditation ».

C'est alors que l'on observe chez le sujet un certain état de tristesse et d'abattement ; il dort mal, rêvasse constamment, et, suivant l'expression employée par Souques, « il songe à sa paralysie ou à sa contracture avant de l'objectiver (1).

Dans l'observation I, cette période de méditation est de courte durée et les manifestations hystériques apparaissent progressivement sous forme d'un tremblement et finalement de contracture.

Dans l'observation II, nous constatons également cette période du début, mais beaucoup plus courte, le tremblement, unique signe objectif, étant apparu presque aussitôt après l'accident.

Les observations III et IV ont une période d'incubation, si je puis ainsi parler, beaucoup plus longue. Et principalement dans l'observation V, on remarque que le blessé est rentré à pied à son domicile, distant d'environ quatre kilomètres.

Passons maintenant rapidement en revue la symptomatologie de l'hystéro-traumatisme.

I. *Troubles moteurs.* — Le traumatisme peut déter-

(1) Souques. Art hyst. de la *Manuel de méd.*, de Debove et Achard.

miner des paralysies flasques à forme hémiplégique et le plus souvent des monoplégies affectant, soit les membres supérieurs, soit les membres inférieurs.

Elles ont les caractères des paralysies hystériques de par leur mode d'apparition et de disparition et aussi par leurs formes cliniques.

L'hémiplégique hystérique traîne sa jambe derrière lui et laisse pendre sa main.

b) Des contractures peuvent apparaître également, donnant au membre une position vicieuse que l'on parvient à corriger seulement sous le chloroforme. Ces contractures sont généralement très douloureuses, apparaissant graduellement ou subitement et disparaissant de même. Elles persistent durant le sommeil ou ne se résolvant que très peu.

c) Le tremblement est aussi une manifestation hystérique que l'on rencontre fréquemment dans l'hystéro-traumatisme. Nous le remarquons en effet dans presque toutes nos observations.

Il peut être à oscillations brèves et rapides, comme dans la maladie de Basedow, ou bien simulant celui de la sclérose en plaques comme nous le trouvons dans l'observation I. Ce tremblement est continu, s'interrompant pendant le sommeil et devenant moins sensible dès que l'on détourne l'attention du malade. Il peut être encore intermittent et s'augmenter par l'émotion.

II. Ces troubles moteurs sont toujours accompagnés de *troubles de la sensibilité.*

a) Soit hyperesthésies intéressant les parties profondes : muscles, articulations comme dans les arthral-

gies, tantôt affectant seulement les plans superficiels : c'est de la dermalgie.

b) L'anesthésie se présente quelquefois sous forme d'hémianesthésie, mais, plus fréquemment, elle est disséminée, atteignant les parties profondes, ou encore plus communément, les parties toutes superficielles donnant alors des zônes d'hypoesthésie.

La piqûre produite par une épingle n'est que peu ressentie et même pas du tout perçue dans nombre de cas.

III. Les *réflexes* sont généralement exagérés dans l'hystérie traumatique.

IV. Les *troubles trophiques* sont parfois manifestes et consistent en atrophie musculaire sensible ; souvent aussi il y a du dermographisme.

V. Les *organes des sens*, goût et odorat, sont très rarement affectés ; l'ouïe est quelquefois intéressée et l'on peut constater des bourdonnements et des sifflements dans les oreilles.

Mais ce que nous rencontrons presque toujours dans les cas d'hystérie traumatique, c'est un rétrécissement concentrique du champ visuel, souvent peu accusé et disparaissant très rapidement.

On reconnaît également une dyschromatopsie spéciale. La vision des couleurs disparaît généralement dans l'ordre suivant : Violet, vert, bleu et en dernier lieu le rouge.

Le rétrécissement concentrique du champ visuel et cette dyschromatopsie s'accompagnant parfois d'amblyopie sont décisifs pour l'affirmation du diagnostic.

Au cas d'hémiplégie on pourra noter que du côté paralysé la pupille est plus dilatée.

IV. Des troubles psychiques se montrent presque toujours, et se traduisent par de la préoccupation, de la perte de mémoire (amnésie rétro-antérograde), de l'inquiétude, une fatigue rapide se manifestant à la moindre occupation et tout un cortège neurasthénique.

Outre ces symptômes, on peut encore constater d'autres stigmates hystériques: abolition du réflexe pharyngé, conjonctival, l'oppression, l'étranglement et la sensation de boule etc.

Nous devons faire remarquer que toute cette symptomatologie ne se retrouve pas en entier dans la plupart des cas.

Le diagnostic ne s'établit très souvent que sur quelques uns des symptômes.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de MM. Raymond et Sicard).

Le nommé S..., âgé de 31 ans, est employé dans une fabrique de potasse.

Pas d'antécédents héréditaires : ses parents sont bien portants et ne sont pas des nerveux. Ils ont eu treize enfants dont il est l'aîné : trois sont morts en bas âge ; un autre est décédé depuis deux ans à la suite d'une fièvre typhoïde. Toute la famille jouit d'une parfaite santé.

Quant à S..., il s'est toujours bien porté avant son accident ; pas de nervosisme, pas d'éthylisme dont on ne trouve pas le moindre signe. Durant son adolescence, il contracta une fièvre typhoïde qui ne lui laissa aucune trace.

Le 21 juillet 1900, entre huit et neuf heures du soir, il se trouvait près d'un four à potasse qu'il venait de charger, lorsque ce four éclata.

S... fut atteint par la potasse bouillante aux reins et à la face postérieure des deux cuisses. Tombé sans connaissance, on ne le releva qu'une demi-heure plus tard. Puis on le transporta en voiture à la ville voisine où l'on s'empresse de cher-

cher un médecin. En attendant, on le panse provisoirement à l'eau froide.

Le lendemain, un médecin appelé en consultation, fit faire un pansement ouaté entourant le tronc et les cuisses. Tout cela effraya beaucoup le malade.

Emotionné par l'accident, le blessé dort mal et rêvasse continuellement.

Les phénomènes nerveux se montrèrent aussitôt après sous forme d'un violent tremblement généralisé à tout le corps et qui, depuis, se reproduit dès qu'il veut faire un mouvement.

Six ou sept jours après l'accident, il ressent des picotements au niveau de la brûlure du dos et de la cuisse gauche principalement. Il a une sensation analogue à la face externe du bras droit.

Ces picotements reviennent fréquemment, par accès, et amènent de l'insomnie.

En même temps, il s'aperçoit que sa jambe gauche devient raide, contracturée. Cette contracture augmente de jour en jour durant six semaines et persiste depuis. Dix jours après, la jambe droite est prise à son tour, mais moins fortement. Les bras, légèrement parésiés au début, ont recouvré leur état antérieur.

Enfin, depuis son accident, le blessé se plaint d'une continuelle pesanteur de tête (occipitale et frontale) et d'autres troubles neurasthéniques.

Les brûlures se sont complètement cicatrisées après trois mois.

Quant aux troubles nerveux, ils ont persisté sans modification aucune. Il est resté alité du 21 juillet à mars 1901.

Depuis, il ne sort plus de chez lui et se traîne d'une chaise à l'autre à l'aide d'une béquille. Bien que ses bras puissent lui rendre leurs services habituels, il prétend ne pouvoir faire aucun travail, même assis, parce que le plus petit effort réveille ses douleurs.

Enfin, peu à peu sont apparus quelques *troubles psychiques*, Il est devenu émotif, irritable, grognon, se fatiguant aisément à la suite d'une conversation un peu longue. Il oublie vite ce qu'il vient de lire et ne peut fixer longtemps son attention.

Deux expertises médicales furent faites sur sa demande afin d'obtenir une indemnité pour incapacité de travail. Les experts l'ont reconnu atteint de troubles hystéro-traumatiques. Mais auparavant S... avait été examiné par trois médecins dont l'un était commis par la Compagnie d'assurance. Ils avaient conclu à la simulation.

Actuellement, il est commandé une troisième expertise pour juger définitivement la question.

Examen du 18 décembre 1902. — Aspect. — C'est un homme robuste bien constitué, de teint rosé.

On est frappé du clignotement continuel des paupières et de l'instabilité des globes oculaires. Il se tient le plus habituellement couché du côté gauche, les jambes repliées, ce qui, dit-il, atténue ses douleurs.

Contracture. — Dès qu'il veut faire un mouvement apparaissent une contracture intense des muscles de la cuisse et de la jambe gauche et un tremblement violent d'une intensité parallèle au degré de l'effort et de la contracture. Le membre inférieur gauche est plus atteint que le droit.

La hanche, le cou de pied et les orteils sont absolument libres. Les genoux sont immobilisés en extension par la contracture qui apparait et s'accompagne d'un tremblement intense, dès qu'on essaie de fléchir la jambe sur la cuisse, ou simplement de la soulever. Au repos les muscles se relâchent et la contracture et le tremblement disparaissent. Pas de contracture aux membres supérieurs. Tous les mouvements s'y font librement mais s'accompagnent toutefois d'un tremblement intense à forme de sclérose en plaques et disparaissant complètement au repos.

Ce tremblement augmente considérablement quand le ma-

lade est ému mais il ne l'empêche pas toutefois de manger et de fumer.

Marche. — S... a beaucoup de peine à se dresser sur ses jambes et il marche en s'aidant d'une seule béquille sur laquelle il s'appuie de ses deux mains, comme un marinier sur sa gaffe.

Ses jambes, légèrement fléchies, sont rigides et traînent sur le sol, principalement la gauche, dont il ne se sert presque pas pour soutenir le poids de son corps.

Sa démarche n'est pas du tout hélicopode.

Durant la marche, un violent tremblement secoue les membres inférieurs, les fesses, les bras, les pectoraux. Il ne peut faire ainsi que quelques pas et se fatigue vite.

Sensibilité. — Il a une grosse hypoesthésie de tout le corps prédominant aux membres inférieurs, surtout à gauche, où on peut lui traverser la peau sans douleur ni hémorragie.

Il perçoit mal le chaud et le froid mais un peu mieux le contact. Cependant, la sensibilité tactile est plutôt diminuée à la face antéro-interne des jambes et à la face antérieure des cuisses au niveau du triangle de Scarpa.

Réflexes. — Si l'on examine ses *réflexes rotuliens*, on constate une vive contracture avec tremblement pseudo-clonique mais pas de clonus vrai.

Les réflexes *achilléens* sont également exagérés.

Les réflexes cutanés crémastérien et abdominal sont normaux.

Le réflexe plantaire donne de la flexion.

La force musculaire est conservée et marque au dynamomètre 33 à droite et 23 à gauche.

Troubles vaso-moteurs. — La raie de Vulpian est lente à se produire mais elle devient bientôt très intense après une ou deux minutes.

Réactions électriques. — Pas de DR. dans les muscles examinés, c'est-à-dire le vaste interne, les muscles antéro-externes de la jambe et les jumeaux.

L'excitabilité faradique est conservée.

L'excitabilité galvanique donne une contracture vive NFc > PFc.

L'évaluation qualitative est rendue difficile par le tremblement que réveillent les courants : Peut-être y a t-il une très légère diminution sans importance dans le vaste interne et le jumeau interne à gauche.

Organes des sens. — Pas de troubles de la parole.

Œil. — Secousses nystagmiformes horizontales.

Les pupilles sont égales en position moyenne.

Elles se dilatent lorsqu'on le pique.

Le reflexe cornéen est conservé.

L'acuité visuelle est normale.

Le champ visuel était rétréci concentriquement pour l'œil gauche à 70°. Maintenant ce rétrécissement n'existe plus.

Pas de troubles du goût ni de l'odorat.

Le réflexe pharyngien est conservé.

Légère déviation de la langue à droite et de la face à gauche.

Jamais aucun trouble des sphincters.

Observation II

(Due à l'obligeance de MM. Raymond et Sicard.)

W..., 22 ans, est fourreur.

Pas d'antécédents héréditaires : Père, mère, frères, sœurs bien portants.

Si on l'interroge sur ses antécédents personnels : il a eu la rougeole, une fièvre typhoïde à 8 ans sans rechutes et enfin une brûlure à la poitrine à 12 ans, brûlure qui n'a déterminé aucun trouble psychique.

Le 2 août 1902 il traversait la place du Châtelet lorsqu'il fut renversé par une voiture dont un des brancards est entré dans la poche de son veston. Il fut traîné pendant quelques mètres.

ressentit une douleur vive dans le dos et tout de suite se mit à trembler (de tout le corps).

On le transporta à l'Hôtel-Dieu où l'on ne constata pas de lésions.

De retour chez lui il s'alite pendant huit jours, tremble de plus en plus et a même des crises de larmes involontaires.

Il retourne alors à l'Hôtel-Dieu (service du docteur Cornil) où on le traita par le valérianate d'ammoniaque, des douches et de l'exercice. On le soigne ainsi pendant cinq mois mais rien n'y fit car, tremblant toujours, il est venu se consulter à la Salpétrière.

Son *aspect extérieur* est particulier : Il marche sur la pointe des pieds en se dandinant légèrement. Il présente, lui aussi, un tremblement généralisé à oscillations relativement rapides prédominant dans les jambes. Ce tremblement qui diminue considérablement au repos et s'arrête peu dans le sommeil est de 16 à 17 oscillations environ par seconde.

Examen. — Sa force musculaire est conservée aux membres supérieurs et inférieurs.

Les réflexes rotuliens, achilléens et du coude sont exagérés.

Le réflexe massétérin est normal.

Les réflexes cutanés, crémastérien et abdominal sont forts.

Le réflexe plantaire donne de la flexion.

Ceux de la cornée et de la pupille sont normaux.

Sensibilité. — Les sensibilités tactile douloureuse, thermique, sont normales. Mais quand on veut lui faire prendre la main gauche avec la droite, il prend l'avant-bras et remonte jusqu'à la main.

A droite, l'œil est normal et il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Le réflexe pharyngien est aboli.

Les dents sont très mal plantées et la voûte du palais est ogivale.

Le facies est adénoïdien.

Cœur normal ; pouls à 88.

Aucun trouble gastro-intestinal.

Vaso-motricité exagérée ; mais sa mémoire est conservée et il est capable de fixer son attention.

Son caractère, sa volonté, son affectivité ne se sont pas modifiés.

Pas de rétrécissement du champ de conscience.

En somme au point de vue psychique W... semble être un sujet normal.

Observation III (Prof. Raymond, *Revue de l'hypnotisme.*)

C'est un ouvrier terrassier de 28 ans.

Il y a cinq mois il fut enterré jusqu'au cou par un éboulement et perdit presque aussitôt connaissance.

Revenu à lui trois heures après, il sentit une douleur au côté gauche, puis dans le genou du même côté.

La douleur du genou augmentant de jour en jour, il fut bientôt obligé de s'aliter.

Un médecin appelé, lui mit des pointes de feu, mais il ne se produisit aucune amélioration.

Craignant un commencement d'ankylose, on lui remet sous chloroforme sa jambe en bonne position et, pour la maintenir, on place un appareil. La jambe se raidit alors dans l'extension.

Insomnie durant la nuit, rêves nombreux.

Examen. — La jambe gauche est raccourcie sensiblement en état de contracture. Le malade a une démarche déhanchée. Puis survient l'amaigrissement en masse des régions voisines. Le pied est ballant, la contracture n'intéressant que les muscles périarticulaires du genou.

Insensibilité complète de la jambe gauche et du bras gauche.

Les battements du cœur sont accélérés au moment où l'on

enfonce une épingle. La pupille se dilate au moment de la piqûre.

L'anesthésie existe à gauche sur la moitié de la langue et la narine du même côté.

Enfin on note également un rétrécissement considérable du champ visuel.

Le malade présente peu de troubles psychiques et n'a pas la conscience affectée.

C'est donc une contracture hystérique.

Le prof. Raymond fait remarquer que le terrain est préparé par l'éthylisme et l'hérédité.

Les pansements, les pointes de feu, puis l'appareil placé par crainte d'une ankylose, ont concentré son attention sur son mal.

Observation IV

(Professeur Raymond. *Revue de l'Hypnotisme.*)

Un charretier se trouvait occupé sur le bord de la Seine à décharger un tombereau lorsque son cheval, en reculant, le jette dans une péniche et tombe sur lui. Pendant qu'on le porte au poste de secours, il réfléchit qu'il aurait pu être tué et perd connaissance.

A l'hôpital, on lui panse la région de la hanche où il n'y avait qu'une plaie superficielle. Pendant trois mois, il ne put marcher et resta chez lui. Un médecin consulté prescrit le massage, l'électricité, sans succès. On le fit radiographier et l'opérateur diagnostiqua une fracture du bassin. On le place alors durant quarante jours dans un appareil. C'est alors que le médecin de l'assurance affirme l'hystérie et considère notre homme comme un simulateur.

Examen. — Le malade présente un tremblement généralisé

datant de l'époque du traumatisme et qui s'accroît à la moindre émotion.

A droite, l'articulation de la hanche est comme soudée. Il existe un creux dans la région rétrotrochantérienne et le pli fessier se trouve abaissé.

On constate une vive hyperesthésie en effleurant seulement la peau de ces régions, mais si on appuie brusquement et profondément, on arrive à vaincre la douleur. C'est donc de la dermalgie. A la plaque d'hypéresthésie se superpose une plaque d'hypoesthésie à la piqûre, qui s'étend à toute la jambe droite, dont les muscles sont même un peu atrophiés.

Cet homme présente donc une immobilisation complète de la hanche par contracture des muscles fonctionnels. Le bassin que l'on radiographie de nouveau est absolument intact et ne présente pas de trait de fracture.

Dans un rapport médico légal, dit le professeur Raymond, n'allez pas dire : « Ce n'est rien, c'est purement hystérique. » Ces malades sont dans l'impossibilité absolue de travailler. Ils peuvent rester impotents pendant des années, comme aussi, ils peuvent guérir subitement.

Observation V (Personnelle).

Le sieur G..., âgé de 21 ans, est mineur.

Le 30 juin 1903, à 10 heures du matin, il se trouvait à son travail, lorsqu'il fut atteint à la hanche droite par un bloc de charbon pesant environ 100 kilog.

La violence du choc fut telle qu'il se trouva couché sur le flanc gauche. Toutefois, il ne perdit pas connaissance et, après un peu de repos, il put regagner son domicile distant d'environ 4 kilomètres.

Mon père, le docteur A... rendit visite au blessé vers midi, et voici ce qu'il constata :

Une plaie contuse intéressant la peau, le tissu cellulaire

sous-cutané et même la couche musculaire. Cette plaie, qui siégeait à un travers de doigt de la crête iliaque sur le côté droit près de l'épine iliaque antérieure et supérieure se continuait à la partie postérieure du flanc par une simple éraflure.

Le blessé se plaignait de douleurs intolérables dans toute la région fessière, le haut de la cuisse et au niveau de l'articulation de la hanche. Cependant on ne remarquait ni fracture, ni gonflement, ni ecchymose et pas la moindre gêne dans les mouvements de l'articulation, que l'on pouvait mobiliser en tous sens. En outre, on ne provoquait pas non plus de douleur à la pression au niveau du foie et du rein.

Mon père se contenta donc d'ordonner les soins nécessaires pour la blessure. Le lendemain et le surlendemain, il revint voir de nouveau le blessé et ne constata rien de plus. Il porta donc le diagnostic de simple plaie contuse sans lésions profondes et devant entraîner une incapacité de travail de vingt-cinq jours environ.

Enfin, douze jours après l'accident, G... vint consulter. La plaie contuse était complètement guérie, mais le blessé se plaignait toujours aussi vivement de douleurs siégeant au niveau de la hanche et s'irradiant jusqu'au genou. On ne remarquait cependant rien d'anormal et l'articulation présentait toujours une mobilité parfaite.

Quelques jours après, j'eus l'occasion de l'examiner à mon tour.

Je m'enquis de ses antécédents héréditaires, qui ne présentaient rien de particulier. Son père était mort d'accident, sa mère avait succombé à une infection puerpérale. On ne trouvait pas de nerveux dans sa famille. Le blessé lui-même n'avait jamais eu de crise et n'avait pas eu de maladies antérieures.

C'est un jeune homme de taille moyenne ayant toutes les apparences de la santé. Je n'ai pas relevé chez lui de stigmates de dégénérescence. Il paraît un peu nerveux et répond assez

brusquement à mon interrogatoire. Enfin, il me paraît très irritable.

Debout, son attitude est spéciale. Son corps est très incliné à gauche.

Il marche en s'aidant d'un bâton sur lequel il s'appuie fortement et il traîne sa jambe droite, dont il ne peut se servir, car, dit-il, cela lui occasionne des douleurs très vives dans la cuisse, dans l'articulation de la hanche et même dans le genou.

Je le fis asseoir et essayai de faire mouvoir son articulation. Je parvins à la fléchir, bien que la contraction des muscles périarticulaires s'y opposât, mais le malade m'affirmait que cette manœuvre le faisait énormément souffrir.

Je songeai alors à utiliser le signe de Mankopf, qui me donna bien une accélération assez marquée du rythme cardiaque.

J'essayai également le signe de Betcherew, et je notai, en effet, une réaction pupillaire sensible.

Enfin, je cherchai à me rendre compte de l'état du champ visuel. Mon doigt, placé latéralement et avançant progressivement, était perçu beaucoup plus tôt à gauche. J'en conclus qu'il pouvait y avoir un léger rétrécissement à droite, mais, n'ayant à ma disposition ni campimètre ni appareils, je n'ai pu donner davantage de certitude à mon exploration.

Mais un fait très appréciable, et qu'il me paraît fort important de signaler, c'est une atrophie musculaire de tout le membre inférieur droit.

J'ai mesuré la circonférence au tiers moyen de la cuisse et un peu au-dessus de la rotule et j'ai pu, comparativement avec la cuisse gauche, constater un centimètre de moins à droite.

La sensibilité paraissait également atteinte et je vérifiai une hypoesthésie à contours peu précis sur tout le membre inférieur droit.

Les reflexes rotuliens étaient normaux ainsi que le réflexe plantaire.

J'ai appris depuis que ce malade envoyé pour se reposer pendant 20 jours à Néris en était revenu avec une contracture beaucoup plus accusée.

Mon père me fit observer chez ce blessé une exagération notable dans l'explication des signes et des souffrances qu'il éprouvait.

A-t-il subi des influences de voisinage ? ou bien n'y a-t-il chez lui que de l'auto-suggestion ?

A mon avis les deux sont responsables de ce qui est arrivé et le malade présente des troubles si peu accusés qu'ils disparaîtront certainement si on le condamne au repos et qu'on lui accorde entière satisfaction.

Observation VI (personnelle)

C'est un ouvrier carrier, âgé de 37 ans.

Il est couché au lit n° 12 de la salle Pruss, dans le service du professeur Raymond.

Le 27 décembre dernier un bloc énorme s'étant détaché d'un seul coup l'atteignit aux reins et même un peu au-dessous de la région lombaire. Il perdit connaissance pendant vingt minutes. Puis il eut du délire et ce ne fut que deux jours après que le médecin appelé s'aperçut qu'il portait des fractures multiples aux côtes, sternum, clavicule et maxillaire inférieur.

On le transporta immédiatement à l'hôpital où on lui appliqua un bandage avec diachylon et une fronde pour maintenir la fracture du maxillaire.

Durant tout ce temps le malade ne cessait de rêvasser et se trouvait en proie à une inquiétude continuelle.

Dans le courant de juin il fut fait une expertise médico-légale après laquelle on continua à lui donner la moitié de son salaire.

Mais le médecin traitant, devant le tremblement continuel que

présentait le malade, demanda un spécialiste en consultation. Celui-ci ayant remarqué chez notre malade quelques troubles psychiques et même mentaux, l'envoya à l'asile de Charenton.

On lui donna des bains, paraît-il, mais le tremblement étant toujours persistant et les troubles mentaux étant disparus on le fit entrer à la Pitié le 28 août.

Enfin en dernier lieu, le 8 septembre il est admis à la Salpêtrière dans le service.

L'aspect de ce malade frappe au premier abord, Il paraît triste, préoccupé et n'a pas l'air de suivre les conversations des autres malades qui se trouvent près de lui.

Cependant il répond avec une telle abondance à tout ce qu'on lui demande sur sa maladie, que l'on a de la peine à lui poser quelques questions.

Après quelques minutes on s'aperçoit d'un léger tremblement qui s'accentue peu à peu.

Son père, sa mère, ses frères et sœurs jouissent d'une parfaite santé.

Lui-même n'a jamais eu de maladie grave. Il nous apprend cependant que six ans auparavant il fut victime d'un autre accident assez grave et pour lequel il fut obligé de se soigner.

Un bloc de pierre l'atteignit à la tête. Il eut des troubles de l'ouïe, de la vue, si accusés qu'il ne pouvait rien distinguer. A Reims où il était allé se faire soigner, on lui appliqua, paraît-il, des sangsues dans la région sus-orbitaire. Enfin des maux de tête très pénibles persistèrent pendant près de 5 semaines.

Il guérit complètement en conservant un peu de dureté d'oreille.

Actuellement, après le dernier accident plus sérieux que le premier, le malade ne présente pas de troubles accusés au point de vue moteur. La marche est normale, un peu lente et indécise.

Il fait bien mouvoir successivement tous ses membres, mais c'est avec un tremblement généralisé qui s'accentue de plus en plus, tremblement à grandes oscillations.

Aucune altération bien nette de la sensibilité à part quelques zones diffuses d'hyperesthésie surtout à droite.

Le réflexe rotulien paraît exagéré.

Le réflexe plantaire est normal.

On remarque en outre un clonus du pied qui ne peut être qu'une fausse trépidation spinale,

En voulant contrôler le réflexe pharyngé qui paraît un peu faible, j'ai déterminé une petite crise convulsive d'étouffement avec sensation de boule, hoquet, etc.. qui du reste s'est calmée en peu de temps.

Il paraît y avoir un peu d'abolition du réflexe cornéen.

Enfin on constate une hyperesthésie très vive de toute la colonne vertébrale, surtout au niveau de la région lombaire et formant une plaque sacrée très douloureuse à l'endroit où il reçut le bloc de pierre.

Pas de lésion du fond de l'œil.

L'acuité de la vue, le champ visuel, la perception des couleurs sont normaux.

Voûte palatine normale. Mais troubles intestinaux consistant en ballonnement du ventre, gaz, etc. C'est, je crois un hystéro-neurasthénique à forme hystérie généralisée.

Le diagnostic avec la simulation.

Nous n'entreprendrons pas ici de faire le diagnostic de l'hystérie traumatique avec les diverses affections organiques dont elle peut revêtir le masque.

Nous n'aurions pour cela qu'à nous reporter aux caractères des paralysies, anesthésies et contractures hystériques (1), mais ce dont nous voulons traiter c'est du diagnostic avec la simulation.

Ce fut l'objet de discussions fort intéressantes lors du Congrès international de Berlin. Pour les uns, la simulation est fort rare ; pour d'autres, au contraire, elle est très fréquente,

Des auteurs allemands en ont établi des statistiques bien différentes :

Seeligmuller estime qu'on la rencontre dans la proportion de 25 0/0 ; Hoffmann (clinique d'Erb), la trouve dans 33 0/0 des cas ; Schultze arrive à 36 0/0 ; Oppenheim à 4 0/0 seulement (2).

(1) Charcot. *Leçons sur le syst. nerv.*, t. III. Leçons III, VII, XX, XXI, XVV.

(2) Becker. *Loc. cit.*, p. 133.

Parfois, détail curieux à remarquer, il est arrivé que des sujets, reconnus simulateurs par des médecins experts, sont devenus réellement malades dans la suite.

Avant d'exposer quelques procédés propres à déceler la simulation, jetons un regard en arrière et voyons ce que pensait Zuber, il y a vingt-cinq ans, sur les paralysies isolées d'un membre avec disparition plus ou moins complète de la sensibilité. Pour lui, ces manifestations étaient tout simplement une absurdité clinique. Il niait donc les monoplégies hystériques.

La marche irrégulière de l'affection, sa cessation parfois brusque éveillaient également la suspicion de Heller (1).

Aujourd'hui personne n'osera nier une paralysie hystérique. Les caractères en sont trop nettement établis.

Mais une question se pose : Les manifestations hystériques sont souvent subjectives, comment les contrôler chez un habile simulateur ?

Pendant longtemps, la médecine scientifique s'est peu occupée des procédés à employer pour dépister la simulation et l'exagération.

Depuis ces dernières années, en Allemagne principalement, on a imaginé des moyens ingénieux pour contrôler les phénomènes subjectifs et objectifs.

Quelques-uns de ces procédés sont fort discutés ; d'autres ont le mérite d'avoir réussi dans les quelques cas où ils ont été essayés.

(1) Catrin. *Loc. cit. Manuel diag.* Debove et Achard, p. 150.

Nous allons les exposer tout en signalant la valeur que chacun peut avoir suivant les circonstances :

Les hypéresthésies. — Nous avons comme moyens de contrôle un certain nombre de signes préconisés par les Allemands :

1° Le premier, le signe de Mankopf, consiste à opérer une pression sur la région hypéresthésiée et ainsi l'on détermine une accélération du pouls et du rythme cardiaque (1).

Nous avons tenu à rapporter ce signe que Kirsch (2) place au chapitre de la simulation. Nous nous permettrons cependant cette critique que l'accélération des battements cardiaques se retrouve chez le simulateur et chez l'hystérique ; et comme le professeur Raymond l'enseigne à la Salpêtrière ce signe n'a d'intérêt que pour différencier l'anesthésie de l'hémiplégique hystérique de l'anesthésie de l'hémiplégique organique.

2° La méthode de Muller, un peu plus précise, est basée sur les cercles de tact de Weber (3), elle se pratique de la façon suivante :

La pression de deux doigts écartés de 4 centimètres sur la peau donne une sensation unique. On applique très légèrement un premier doigt sur le point donné comme douloureux et un deuxième doigt appuie fortement à 3 centimètres du premier ; si, en augmentant

(1) L. J. La simulation dans les accidents. *La méd. Moderne*, 4 février 1903.

(2) Kirsch. *Monatsschrift für unfall. Heilkunde und Invaliden Wesen.* Leipzig, 15 juillet 1902 IX.

(3) Derocque. Les accidents du travail. *Revue de Normandie.* Rouen, 1902. N° 423, 432.

peu à peu la pression du premier doigt et en diminuant celle du second il ne se présente pas de réflexe de fuite l'expert doit être mis en éveil.

Mais ce procédé ne se rapporte qu'aux sensations tactiles de la peau et non aux sensations profondes. De plus il peut y avoir dans la région sensible de très grandes variations individuelles qui sont la source d'erreurs nombreuses. Enfin il faut tenir compte de la force avec laquelle on pose les deux doigts a la fois, de la différence de température avec la peau de celui que l'on examine (1).

En outre le signe de Mankopf se serait montré chez des gens atteints de névralgies évidemment non traumatiques et n'ayant aucun intérêt à simuler une maladie (2).

E. Kirsch ne semble pas accorder une très grande valeur à ces deux procédés.

3° Betcherew a donné comme signe la dilatation de la pupille à la douleur. Ce moyen est expérimenté couramment à la clinique du professeur Raymond, mais également pour faire le diagnostic entre l'anesthésie de l'hémiplégique hystérique et celle de l'hémiplégique organique.

La preuve la plus simple et la plus sûre de la sensibilité à la pression est encore une observation attentive du malade :

On peut essayer de détourner son attention en aus-

(1) Kirsch. *Loc. cit.*
(2) Becker. *Loc. cit.*, p. 43.

cultant son cœur et en profitant de cette circonstance pour opérer une pression sur la région hyperesthésiée. S'il y a un retard dans le cri de révolte contre la douleur provoquée, nous saurons dès lors ce qu'il faut en penser.

II. Les *anesthésies*, offrent aussi quelques moyens de contrôle. Les yeux du malade étant fermés, on peut marquer au crayon bleu et rouge les endroits sensibles et insensibles.

En pratiquant des examens fréquemment renouvelés, on peut rendre très caractéristiques, les contradictions d'un simulateur qui veut librement inventer sa paresthésie (1). Il faut cependant savoir que certaines anesthésies même organiques, peuvent être variables d'un moment à un autre. Cela se voit surtout chez les tabétiques.

Ou bien encore on pique à intervalles réguliers le membre sain puis, rapidement, celui qui est insensible.

Par cette méthode de la double piqûre, on peut s'apercevoir des hésitations de celui que l'on examine.

Si l'on compare l'effet sur le cœur et la respiration d'une excitation douloureuse, vive, de la zone supposée anesthésiée, et de la zône normale, on peut constater une accélération plus marquée chez l'hystérique, qui n'existe pas chez le simulateur. On notera aussi une réaction pupillaire, moins intense chez celui-ci, que chez celui-là.

Ces signes que nous avons rapportés ne permettent pas de se mettre à l'abri de la simulation.

(1) Kirsch. Mönatschrift, *loc. cit.*

Ils existent le plus souvent aussi marqués chez l'individu simulant que chez l'hystérique.

Enfin dans l'hémianesthésie du simulateur on a remarqué que les réflexes du côté correspondant, sont généralement diminués, ou normaux.

Dans l'anesthésie hystérique, les réflexes comme nous avons été à même de l'observer sont au contraire presque toujours très exagérés.

Unverricht (1), assure toutefois, que les troubles sensibles simulés ou hystériques sont très difficiles à distinguer les uns des autres surtout lorsque le malade très bien éduqué peut simuler une anesthésie avec disposition particulière en segments.

Le *tremblement* qui est très fréquent et que nous rencontrons dans nos observations peut être également contrôlé.

Il ne paraît pas difficile tout d'abord de simuler un tremblement.

D'après les Allemands on emploie avec succès pour dévoiler cette simulation :

1° La *Méthode de Fuchs* (1) que son auteur décrit ainsi : cette méthode repose sur ce fait qu'on ne peut, sans exercice préalable, exercer simultanément avec le bras droit et avec le bras gauche, ou avec un bras et une jambe, deux mouvements différents, sans que celui d'un côté soit troublé. C'est, en effet, un fait bien connu que

(1) La simul. dans les accid., *J. de Méd. Moderne*, *loc. cit.*
Derocque. *Loc. cit.*
Kirsch. *Loc. cit.*

personne ne peut tracer de la main droite, un D et dessiner en même temps de la main gauche un F.

Par conséquent, à un simulateur qui présente un tremblement de la main gauche, on fait tracer en l'air par la main droite une croix, un cercle, etc., on peut constater alors que le tremblement du côté gauche s'interrompt par secousses. Kirsch donne ce signe comme certain et il l'appliqua, paraît-il, avec succès dans des cas d'hémiparalysie agitante et d'hémi-tremblements hystériques au cours desquels la main malade continua à trembler alors que celle du côté opposé traçait les signes commandés.

2° Seeligmuller (1) donne le procédé suivant pour vérifier le tremblement d'une jambe : on fait coucher le sujet sur le dos ou sur le ventre, puis on fait plier son articulation du genou à angle droit : le tremblement doit cesser en cas de simulation.

Ce que tout le monde reconnaît, c'est que celui qui veut simuler un tremblement d'une jambe ne peut le faire qu'en ayant les orteils appuyés sur un objet résistant. Kirsch conseille de faire coucher le malade à plat ventre et de faire reposer la plante de son pied sur une plaque de verre graissée préalablement.

On n'emploie pas ces procédés, car le tremblement des jambes est très difficile à simuler. Toute cette question de la simulation du tremblement est très compliquée. On sait également que le tremblement hystérique devient plus faible quand on détourne l'attention de celui que l'on veut examiner.

(1) L. J. *J. de Med. Moderne. Loc. cit.*

IV. *Les parésies.* Pour les contrôler il n'est pas pratique de se servir de dynamomètres Collin et Kauffmann, car ces instruments donnent des résultats vraiment trop différents (1).

Le plus simple est de se faire serrer la main des deux côtés à la fois et l'on peut faire varier ensuite rapidement la position des mains. Il arrive souvent que l'on obtient de fortes pressions prétendues impossibles du côté malade.

On peut encore procéder en faisant fermer les poings. Et l'on remarque que si la main saine presse fortement, un affaiblissement subit se produit dans la main supposée parésiée. Le simulateur s'observe en effet et arrête rapidement avec le secours de ses antagonistes, la pression qu'il peut avoir commencée.

V. *Contractures. Raideurs articulaires.* — On peut suivre la même voie que pour l'examen ordinaire des articulations. On remarquera que le simulateur tend fortement tous les muscles du membre afin de ne pas être surpris.

Un bon moyen à employer, c'est de détourner son attention en lui faisant raconter son accident.

Lorsque le sujet déclare ne pouvoir lever son membre supérieur au-delà de l'horizontale, on peut employer le procédé de Régnier (2).

On fait incliner le corps du malade en avant en lui

(1) Kirsch. Monatschrift. *Loc. cit.*

(2) Menier. Quelques procédés propices à dépister les simulateurs. Médecine des accidents du travail. Paris 1903, p. 141-145.

plaçant les bras des deux côtés de la tête, position qui rappelle celle d'un plongeur. Puis on redresse brusquement le tronc. Les deux bras resteront parallèles s'il y a simulation.

Les réflexes qui sont habituellement exagérés dans les cas d'hystérie traumatique devront être vérifiés d'un coup vif et subit.

Atrophie musculaire. — La mensuration est le meilleur procédé à employer pour la contrôler ; cependant on devra toujours tenir compte du développement plus accentué du membre dont l'activité fonctionnelle est le plus constante.

Un autre signe pour dépister la simulation dans l'hystérie traumatique est celui de Rumpf que nous signale Becker. Il consiste en la persistance d'un mouvement fibrillaire après la cessation d'un courant faradique ou même d'un violent effort. C'est une réaction traumatique des muscles.

L'amblyopie hystérique peut également être simulée (1).

Il est établi que la cécité chromatique dépendant de l'hystérie porte toujours primitivement sur le violet et le vert, puis, selon les cas, sur le bleu, le jaune, le rouge (2).

On a observé aussi très souvent la conservation de la vision binoculaire chez les hystériques amblyopes d'un œil.

En présence d'un tableau de Daal, le simulateur hési-

(1) Lagrange. *Traité d'ophtalmologie.*

(2) Ginestous et Formel. De l'amblyopie hystérique et simulation, *Gaz. heb. de la Soc. méd. de Bordeaux*, 1900, XXI, p. 237.

tera toujours et voyant aussi bien le vert que les autres couleurs, il donnera une dyschromatopsie disparate.

Le professeur de Lapersonne insiste beaucoup pour le diagnostic de l'hystérie traumatique sur l'absence de rétrécissement concentrique pour le blanc et les couleurs (1).

« L'importance de cet examen, dit-il, est d'autant plus grande qu'il est, pour ainsi dire, impossible de tromper sur la forme et l'étendue du champ visuel. »

Et, à ce propos, M. de Lapersonne cite le cas d'un confrère atteint d'hystéro-traumatisme et chez lequel il pratiqua une expertise médico-légale.

Par une série de tracés parfaitement concordants, il montra qu'il existait bien réellement un rétrécissement concentrique très marqué pour toutes les couleurs.

Schmidt déclare que le meilleur moyen de découvrir la simulation du rétrecissement concentrique du champ visuel c'est de faire l'examen campimétrique à des distances variables (2). Généralement, dit-il, les simulateurs n'accuseront l'intégrité du champ visuel qu'à partir des points où grâce à la vision centrale l'objet épreuve est nettement vu dans ses contours. C'est ce qui leur permet de ne pas se tromper pendant plusieurs examens successifs. Mais si l'on fait l'examen à des distances différentes ils indiquent constamment le même tracé bien que le champ visuel doive s'élargir à mesure que l'on s'éloigne.

Schmidt a le soin d'ajouter que le rétrécissement

(1) De Lapersonne. *Presse médicale*, 6 décembre 1902.

(2) Schmidt-Rimpler. *Annales d'oculistique*, tome CVIII, p. 461, 1892.

du champ visuel chez certains hystériques peut ne pas varier avec la distance. On pourrait donc les prendre pour des simulateurs.

La dépression physique, indice de neurasthénie concomitante est facile à constater et les troubles psychiques difficiles à feindre.

En recourant aux principales méthodes que je viens de décrire en discutant leur valeur, et surtout par une observation attentive du malade, on peut arriver à formuler un diagnostic précis.

Conduite d'une expertise médico-légale

D'après la loi du 3 avril 1898, le médecin peut être appelé à donner son avis au sujet d'un accident du travail dans trois circonstances différentes :

1° Aussitôt après l'accident par un certificat indiquant l'état de la victime, les suites probables de la blessure et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

2° Une expertise médicale peut être ordonnée, dans la suite, par le juge de paix, pour contrôler de nouveaux faits qui se sont produits depuis le premier examen et pour éclairer le juge sur le caractère permanent ou temporaire de l'incapacité.

3° Enfin, un médecin peut être convoqué par le tribunal civil ou par la cour d'appel pour une instance en revision de l'indemnité fondée sur aggravation ou une atténuation de l'infirmité.

C'est dans les deux dernières circonstances que l'expert est appelé à remettre un rapport sur des cas d'hystérie traumatique.

Avant de pratiquer une expertise médico-légale on devra bien se pénétrer du principe suivant :

Pour qu'il ait un rapport de cause à effet entre un traumatisme et des conséquences éloignées susceptibles de lui être attribuées, il faut qu'il existe entre ces deux termes toute une série de faits, de circonstances qui se rattachent immédiatement les uns aux autres, se succédant sans interruption et agissant réciproquement l'un sur l'autre (1).

Le médecin expert devra donc rechercher dans son interrogatoire tous ces faits, toutes ces circonstances et les consigner soigneusement.

Enfin la défiance, entre l'expert et l'expertisé, remplaçant la confiance habituelle qui doit régner entre le médecin et son malade, il sera bon de suivre certaines règles de conduite.

1° Il faut, avant tout, examiner longuement patiemment, minutieusement, le malade sans préjugé aucun et sans se laisser influencer par des décisions antérieures ; toutefois on pourra prendre quelques renseignements d'ordre personnel sur le sujet.

2° L'expert ne devra jamais laisser voir au patient qu'il soupçonne la fraude.

Il devra écouter ses doléances sans jamais émettre le moindre doute sur la légitimité des plaintes.

(1) Becker. *Loc. cit.*, p. 31.

3° Si le malade insiste trop vivement sur le dommage que l'accident lui cause, on devra, par un mot tranquille, sans aucune vivacité et le plus simplement du monde mettre un frein à ses dires (1).

4° Une fois la conviction de la simulation bien acquise ou pourra pratiquer des examens répétés à toutes heures et à l'improviste.

5° On ne devra employer aucune méthode d'investigation inhumaine.

Des piqûres profondes sont cependant permises, surtout dans les cas où le malade assure ne rien sentir. Au surplus on doit se dispenser de manipulations longues sur les endroits douloureux.

Le médecin trouvera dans son imagination, son expérience, sa connaissance de la psychologie, les règles de conduite à suivre.

Il devra conquérir celui-ci par la douceur, celui-là par la crainte de tomber sérieusement malade, un autre par la surprise.

On n'a pas le droit d'employer le chloroforme ou l'éther sans le consentement de l'intéressé.

L'hypnotisme préconisé par Derblich (1) est un procédé plus exempt de danger que la narcose chloroformique, mais il peut-être également refusé par le malade et n'est pas applicable à tous.

Nous croyons devoir terminer ce chapitre en conseil-

(1) Kirsch. Monatschrift, *loc. cit.*

(1) Catrin. *Manuel de Diag. Médical.* Debove et Achard, *loc. cit.*, p. 568.

lant, de relire à ce sujet la confession de Fodéré que Catrin nous rapporte et de s'en tenir au vieil adage juridique :

« Mieux vaut absoudre dix coupables que de condamner un innocent. »

Conclusions à adopter.

Au point de vue de l'incapacité à conclure, les accidents du travail peuvent se diviser en trois catégories.

a) Les accidents pouvant entraîner la mort.

b) Ceux entraînant une incapacité partielle ou totale permanente.

c) Les accidents entraînant une infirmité partielle ou totale temporaire.

L'hystéro-traumatisme doit être rangé dans la troisième catégorie bien qu'il y ait encore matière à discussion.

Le texte de la loi du 9 avril 1898 est, en effet, muet à l'endroit de l'hystérie traumatique et M. le professeur agrégé Thoinot le faisait très justement remarquer dans son cours de médecine légale de l'année 1900 (1).

Nous exprimons à notre tour le vœu qu'il soit promulgué un acte additionnel à cette loi, réglementant une fois pour toutes l'indemnité à accorder aux victimes

(1) Markopf, *Thèse*, Paris, 1902.

présentant des troubles nerveux, hystérie ou névroses, consécutives à des traumatismes.

L'Office Impérial allemand a résolu nettement la question après avoir fait procéder à de nombreuses enquêtes sur les cas de ce genre et voici ce qu'il a décidé : le plaignant est mis de suite en observation, mais aussi en possession de la totalité de la rente, jusqu'à ce qu'un nouveau rapport indique la guérison complète ou une certaine amélioration de l'état de la victime (1).

En France, rien n'est fixé à cet égard ; et en fouillant les annales judiciaires, on peut voir que les jugements diffèrent complètement quant à leurs décisions pour l'indemnité à accorder aux ouvriers atteints d'hystéro-traumatisme.

Cet état de choses influe dans une large part sur ces traumatisés dont toute la maladie est due principalement à l'émotion et à la préoccupation constante de l'avenir.

En outre le pronostic embarrasse beaucoup le médecins expert chargé de se prononcer.

Ils sont en effet très nombreux les cas dans le genre de celui de ce jeune homme atteint de paralysie hystéro-traumatique, cité par le professeur Raymond, qui dansait au Moulin-Rouge le soir même du jour où il avait appris qu'il lui était accordé une indemnité de 15.000 fr. de dommages intérêts (2). Ce n'était cependant pas un simulateur !

N'avait-il pas été soumis à de nombreux examens faits

(1) Thoinot. *Cours inédit de méd. légale*, 1902-1903.

(2) Raymond. Un cas d'hyst. traumatique. *Revue d'hypnotisme*. XIV.

par des médecins en renom, connaissant parfaitement l'hystérie et sachant très bien reconnaître ce qui ne pouvait pas être simulé.

Et ailleurs, mais plus rarement, combien d'autres hystéro-traumatisés restent impotents toute leur vie et ne pourraient subvenir à leur existence même après une pension ou une indemnité.

Devant de tels faits quelles devront être les conclusions du médecin expert ?

Le plus souvent, les manifestations hystériques qui se développent à la suite d'un traumatisme sont appelées à disparaître.

On ne peut cependant pas fixer d'une façon absolue la durée de ces troubles.

L'observation suivie nous a permis toutefois de remarquer que cette durée peut être abrégée en cas de procès lorsqu'un jugement définitif est rendu car la victime n'a plus la préoccupation constante de ses intérêts et du dommage qu'elle peut avoir.

En conséquence l'expert devra prier le tribunal de résoudre sans retard et définitivement la question en accordant une rente suffisante au malade.

Cette décision pourra devenir un agent sérieux pour le traitement.

Plus tard, en cas de guérison complète ou même d'une certaine amélioration, la compagnie ou le patron pourront introduire une demande devant le tribunal pour la révision du procès.

En effet la loi du 9 avril 1898, à l'article 19, du titre III, s'exprime ainsi :

II. La demande en revision est ouverte pendant trois ans, à dater de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision définitive.

Le titre de pension n'est remis à la victime qu'à l'expiration de ces trois années (1). »

D'autre part il est acquis que les cas d'hystérie traumatiques rebelles sont rares et que, généralement, la guérison a lieu avant que ces trois années se soient écoulées.

(1) G. Brouardel. *Les accidents du Travail*, 1903. J B. Baillière, et fils.

Plan pour la rédaction d'un Rapport.

Après avoir pris connaissance des pièces du dossier, recueilli les renseignements nécessaires et avoir procédé à un examen longuement approfondi, l'expert devra rédiger un rapport dans lequel il formulera nettement son opinion sur l'état du malade, et répondra aux questions qui lui seront posées par le tribunal.

L'exposition des faits et des signes constatés devra être méthodiquement exprimée comme dans tout autre rapport médico-légal (1).

1° L'expert devra donner son nom, son domicile ; faire mention des autorités requérantes et du but de l'expertise.

2e Il énumérera le nom, l'âge, la profession et le domicile du malade.

3e Ensuite il exposera les renseignements fournis par

(1) Garnier, Drouin, Boetau. Consultation médico-légale, sur un cas d'hystérotraumatisme. *Arch. Med., d'Angers.* 1900, t. IV. p. 266.

le sujet, lui-même, par l'entourage sur ses antécédents héréditaires et personnels.

4e Enfin il devra brièvement rappeler les circonstances de l'accident et citer les différents procès-verbaux établis.

5e L'expert passera alors à l'exposé de l'examen qu'il aura fait subir au malade et il devra successivement énumérer, s'ils existent, les stigmates de dégénérescence : crâne, face asymétriques, voûte palatine ogivale, déformations des dents, du pavillon de l'oreille, tubercule de Darwin, les anesthésies, pharyngée, testiculaire, etc.

Enfin, il accumulera les preuves médicales pour déterminer la nature des divers troubles que présente le sujet.

De cette longue étude symptomatique il tirera l'une ou l'autre de ces deux propositions.

C'est un dégénéré héréditaire présentant antérieurement des stigmates et, par conséquent, un prédisposé ; ou les signes hystériques ont bien comme unique point de départ apparent le traumatisme.

6e Il pourra exposer ensuite les signes présentés par le malade. Il parlera des divers procédés (signes de Mankopf, Rumpf, Fuchs, etc.), qu'il a utilisés pour contrôler les signes objectifs et subjectifs que présente le blessé.

Il en donnera le résultat qui lui permet d'apporter une preuve de plus à l'hystérie ou à la simulation.

7e Il fera l'histoire de l'évolution des phénomènes morbides depuis l'accident et parlera de leur amélioration ou de leur aggravation.

8e Puis il passera à la discussion de la valeur compa-

rative et de la part légitime des diverses causes ayant inégalement contribué à l'éclosion des troubles nerveux.

Pour l'un, ce sera l'hérédité, le terrain.

Pour l'autre, tous ces signes ne sont que la manifestation initiale d'une hystérie latente qui probablement rétrocèdera ou n'ira pas plus loin.

9e Enfin, le médecin expert appuiera sur le pronostic, seule question importante pour le tribunal. Il expliquera que ce sont des accidents d'une périodicité obligée dont l'avenir au point de vue de la modalité clinique échappe aux prévisions de la science.

Peut-être sous l'influence de l'âge ou de toute autre cause, y aura-t-il une atténuation ou une aggravation. Nul ne le sait.

10e Il conclura dans le sens que j'ai indiqué au chapitre précédent.

I. Tout d'abord il affirmera, s'il y a lieu, l'hystérie traumatique d'après les signes énumérés antérieurement.

II. A la question posée : Le traumatisme est-il la cause absolue des troubles relevés chez le malade ? Il fera ressortir la prédisposition et le terrain héréditaire qui ont une influence incontestable sur la provocation des symptômes.

III. La plupart du temps, ces signes sont transitoires d'après l'observation de nombreux cas identiques, mais il ne peut affirmer quand et comment ces manifestations disparaîtront.

Du pronostic dans les différentes formes.

En achevant notre travail, nous croyons devoir revenir sur le pronostic si important de l'affection qui nous occupe.

Nous avons eu l'intention de traiter seulement des des phénomènes hystériques, mais ne remarquons-nous pas que dans toutes nos observations le cortège neurasthénique est toujours constant.

Vibert, dans son ouvrage « La Névrose traumatique » (1), divise en trois catégories les accidents nerveux consécutifs au traumatisme et cela pour l'ordre et la clarté de l'exposition.

1° La forme hystérique : celle-ci peu fréquente.

2° La forme commune, hystéro-neurasthénie.

3° La forme avec prédominance très marquée de tels ou tels symptômes.

Et il signale que dans la deuxième catégorie forme

(1) Vibert. *La Névrose traumatique*, 1893.

commune, les paralysies, contractures, anesthésies, attaques convulsives n'existent pas ou sont peu accentuées et ne jouent qu'un rôle secondaire.

Crocq adopte également une division très nette :

1° L'hystérie traumatique locale,

2° L'hystérie traumatique générale.

3° L'hystéro-neurasthénie traumatique.

La première est plus rare et paraît survenir principalement chez des individus antérieurement hystériques qui, à la suite d'un traumatisme localisent, sur tel ou tel membre une contracture ou une paralysie.

Crocq assure qu'une hystérie locale sera beaucoup moins grave, comme conséquence, qu'une hystéro-neurasthénie traumatique (1).

Pour l'hystérie traumatique, dit-il, assez souvent, soit rapidement, soit seulement après une longue période de de temps, la guérison se produit quelquefois spontanément à la suite d'une émotion vive, d'une frayeur, d'une colère, parfois elle résulte d'un traitement électrique suggestif et médical.

Je rangerai donc dans cette catégorie un cas qui m'a été rapporté par mon père, médecin dans une houillère.

Observation VI (due à mon père, le docteur Aucopt).

Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, voiturier dans la mine. Il fut blessé à la jambe par une benne (wagonnet) de remblai qui fut renversée sur lui par le cheval.

(1) Crocq. *Les Névroses traumatiques.*

On n'observait tout d'abord qu'une contusion à la malléole externe du côté gauche et d'assez fortes ecchymoses sur toute la face externe et la face interne de la jambe du même côté.

Mon père, médecin de la Compagnie, conclut à vingt jours environ d'incapacité de travail.

Plus tard un autre médecin appelé, ayant, paraît-il, constaté une fracture sus-malléolaire, au dire de la mère du blessé, appliqua un appareil, des attelles dont mon père ne constata jamais la présence au cours de ses différentes visites.

Mais ce que l'on pouvait remarquer, c'était une position très vicieuse du membre inférieur gauche que l'on arrivait cependant à corriger malgré les plaintes et aussi une certaine résistance du malade.

Quinze jours après, une paralysie avec contracture hystérique était localisée à tout le membre inférieur avec anesthésie complète, insensibilité aux piqûres, mais, malgré tout, une douleur intense était provoquée lorsqu'on voulait mobiliser le pied.

Dans la suite, ce malade qui marchait à l'aide d'une béquille, guérit d'une façon assez originale que je crois devoir rapporter ici.

Un jour, se trouvant sur le seuil de sa demeure, il se prit de querelle avec l'un des gens d'une noce qui passait. Plusieurs témoins ont même affirmé qu'il avait cassé sa béquille sur le dos de son adversaire. Le lendemain il venait faire signer sa carte et reprenait son travail après 17 mois d'interruption.

Nous avons tenu à rapporter cette observation que nous jugeons intéressante par la guérison qui s'opéra brusquement et que nous rangeons dans la première catégorie de Crocq, car à aucun moment il ne fut constaté de signes de neurasthénie.

Les paralysies rigides cependant provoquent quelque-

fois des troubles trophiques importants, tels que la dégénérescence musculaire et des déformations incurables.

Les paralysies flasques sont au contraire plus bénignes ; elles peuvent persister durant des mois sans amener d'altération des muscles.

On voit, d'après tout ce que nous venons de dire qu'il est difficile de préciserle moment où la guérison se produit, mais on peut affirmer la possibilité et même la probabilité de la guérison.

L'hystérie traumatique générale qui se présente parfois ne met pas la vie du malade en danger, mais comme l'hystérie elle peut rendre le malade incapable de tout travail. Nous avons cité l'observation VI, qui peut rentrer dans cette catégorie. Quant à la forme hystéro-neurasthénique, c'est la forme commune de Vibert, c'est celle que nous rencontrons dans nos observations et c'est aussi celle-là même que le médecin expert aura le plus souvent à examiner.

Parmi les nombreux cas d'hystéro-traumatisme qui ont été observés à la Salpêtrière, les uns ont guéri complètement dans un laps de temps variable après liquidation de leur procès ; d'autres, au contraire, ont vu persister leurs troubles hystériques.

M. le docteur Sicard a bien voulu nous communiquer trois cas d'hystéro-traumatisme rebelle que nous rapportons.

Observation VIII (Résumée).

(Due à l'obligeance de MM. Raymond et Sicard)

Il s'agit d'un homme de 23 ans, sans antécédents névropathiques, héréditaires ou acquis. Pas d'éthylisme, pas de syphilis.

En déchargeant un tombereau de sable vers la fin de l'année 1901, la voiture mal équilibrée, bascule et se renverse sur lui et il se trouve enfoui durant quelques secondes sous le sable.

Il se relève tout contus et très impressionné se plaignant surtout du genou gauche qui présentait une ecchymose.

Le malade est endormi avec le chloroforme par le médecin traitant et le genou est immobilisé dans des attelles. Il est ainsi laissé dans cette situation durant trois semaines.

Au sortir de l'appareil, le membre est complètement paralysé. Très effrayé, le malade veut être conduit à la Salpêtrière.

On constate alors chez lui tous les signes classiques d'une monoplégie crurale gauche flasque de nature hystérique. Démarche traînante, membre flasque dont le pied pend inerte à l'arrière sur le sol. Anesthésie complète à tous les modes, remontant suivant une ligne nettement segmentaire passant pas le pli génito-crural.

Quelques troubles vaso-moteurs avec refroidissement du membre. Pas d'atrophie musculaire.

Aucun trouble des réactions électriques. Pas de troubles de de sensibilité subjective.

Reflexes tendineux légèrement exagérés.

Tous les traitements institués de psycho-thérapie, d'hydrothérapie ou d'électrothérapie, avec ou sans massage ont échoué.

(1) Cette observation doit se rapporter évidemment à l'observation IV que nous avons recueillie dans la Revue d'Hypnotisme.

Le malade avait demandé des dommages-intérêts. Le procès est plaidé seize mois après l'accident.

Les dommages-intérêts sont accordés (700 fr. de rente).

Le malade qui, d'autre part, avait quelque bien de chez lui, se marie, et va, au début de cette année 1903, gérer une petite propriété en pleine campagne.

Malgré tous les éléments de bonheur et une vie nouvelle, calme et paisible, les renseignements de source certaine, que nous avons obtenus dans ces derniers temps, nous font savoir que le membre paralysé n'avait pas recouvré sa motilité, que l'état était resté le même, et que B... avait été obligé de se faire construire une petite voiture dans laquelle il se faisait transporter.

Observation IX

(Due à l'obligeance de MM. Raymond et Sicard).

G..., 39 ans, ouvrier débardeur.

En mai 1902, il reçoit, par accident, une balle de coton sur l'épaule gauche, d'une hauteur de deux mètres. Il est renversé et perd connaissance. Quand il revient à lui il peut se servir de son bras gauche comme auparavant mais il en souffre. Les douleurs s'exagèrent les jours suivants. Les chirurgiens, aidés par la radiographie, ne constatent pourtant ni luxation, ni fracture. Quinze jours après, monoplégie brachiale gauche à peu près complète, avec doigts contracturés en flexion avec contracture de l'avant-bras.

Anesthésie en manchette jusqu'à une ligne segmentaire remontant de la périphérie au milieu du bras.

Pas d'atrophie musculaire.

Pas de troubles des réactions électriques.

Malgré les traitements physiques et psychiques employés, la contracture gagne le deltoïde et le trapèze. L'épaule se soulève et la tête tend à s'incliner du côté de l'épaule gauche.

Six mois après, le malade qui n'avait pas voulu courir les risques d'un procès (les torts étaient de son côté) reçoit de son patron de la main à la main, 3.000 francs, c'est-à-dire une somme importante pour lui et sur laquelle il ne comptait pas.

Cette somme lui permettait d'acheter chez lui, dans un village du département de l'Eure, un petit commerce.

Son commerce a fructifié depuis, mais, malgré ces éléments de bonheur, l'état au mois de septembre dernier 1903, restait le même, sans amélioration aucune ni sans aggravation.

Observation X

(Due à l'obligeance de MM. Raymond et Sicard.)

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, avec des antécédents héréditaires névropathiques.

Il reçoit un coup de pied de cheval en janvier 1901. Il fut atteint au niveau de la hanche droite.

Dans les jours suivants on remarqua une hémianesthésie sensitivo-sensorielle de tout le côté droit du corps.

On constatait en outre un tremblement du même côté, surtout au niveau du membre supérieur. C'était un tremblement intentionnel simulant celui de la sclérose en plaques. Presque en même temps survint une sclérose à concavité gauche avec raideur dans tout le corps.

C'est dans cette attitude que le malade se présente à la Salpêtrière.

Après l'examen complet on porte le diagnostic d'hystéro-traumatisme qui avait été donné également par tous les experts. La forme du tremblement, l'allure de la raideur écartaient toute possibilité d'une maladie de Parkinson.

Tous les traitements ont échoué.

Deux ans après, le procès engagé est terminé.

Une somme assez importante est allouée, presque la somme convoitée par X.

Le malade a de plus trouvé un emploi de concierge qui lui permet de vivre assez largement, sans préoccupation de l'avenir. Et pourtant, depuis, l'état est resté stationnaire et, pour ainsi dire, sans modifications en mieux ou en plus mal.

Pour terminer, nous citerons M. Charles Périer dans son discours d'ouverture au XVI[e] congrès de chirurgie, le 19 octobre :

« Ce qui n'est pas moins troublant, c'est que la simulation consciente ou inconsciente est un des éléments de l'hystérie. Elles font corps ensemble, elles ne s'excluent pas. D'autre part, rien ne ressemble davantage à la simulation que l'hystérie. »

S'il semble logique d'admettre que tout hystérique était en puissance d'hystérie avant la première manifestation, il n'est pas toujours de même pour la neurasthénie dont la relation avec le traumatisme est parfois évidente, soit qu'il l'ait créée, soit qu'il l'ait augmentée.

La rapidité de la guérison d'un neurasthénique après le règlement définitif et satisfaisant de ses intérêts est sinon constante, au moins d'une fréquence qui a fixé l'attention.

Cette rapidité si opportune est l'effet, tantôt de la détente morale, tantôt de l'inutilité pour un simulateur de simuler plus longtemps.

La simulation de la neurasthénie est d'autant plus

difficile à dépister qu'il s'est fondé un véritable enseignement de neurasthénie pratique à l'usage des victimes d'accidents et dont les lauréats sont maîtres à leur tour.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic entre la simulation et les différentes manifestations de l'hystéro-traumatisme est souvent délicat à établir.

2° Il sera cependant possible par certaines méthodes d'apprécier la part relative ou totale qui revient à la simulation au cours des accidents nerveux consécutifs à des traumatismes.

3° L'expertise médico légale devra être conduite avec une observation minutieuse, mais aussi avec beaucoup de tact et de prudence.

4° Les conclusions du rapport ne devront jamais être affirmatives sur l'issue de l'affection.

5° On devra toujours avoir présent à l'esprit que même dans un cas indéniable d'hystéro-traumatisme sans aucune lésion organique, le trouble nerveux peut survivre et survivre longtemps après le règlement définitif du procès et l'indemnité accordée.

6° Le fait de terminer le plus rapidement possible le procès qu'elle qu'en soit du reste l'issue finale, peut sinon guérir, du moins améliorer l'état du malade.

Vu : Le Président de la Thèse,
RAYMOND.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Brouardel. — Les Accidents du Travail. Paris 1903, Baillère et fils.

Berbez. — Hystérie traumatique. *Thèse*, Paris, 1887.

Brissaud. — *Gazette des Hopitaux*, 1887.

Becker. — Guide du Médecin expert en matière d'accidents du travail. Traduction de la 4e édition allemande par les docteurs Gallez et Moreau. Bruxelles 1903.

Borel. — Hystéro-traumatisme oculaire. *Archives d'Ophtalmologie.* Janvier 1903.

Charcot. — Leçons sur le système nerveux, t. III. Polyclinique du mardi à la Salpêtrière, 1888.

Crocq. — Névroses traumatiques, 1893, Bruxelles. Un cas de névrose traumatique. *Journal de Médecine de Bruxelles*, VIII, 1903.

Coustan. — De la simulation et de l'évolution des infirmités dans les accidents du travail. *Thèse*, Montpellier, 1902.

Catrin. — Diagnostic de la simulation. Manuel de diagnostic médical. Debove et Achard.

De Lapersonne. — Examen des yeux au point de vue médico-légal. *Presse médicale*, 6 décembre 1902.

Derocque. — Les Accidents du travail. *Revue médicale de Normandie.* Rouen 1902. N° 20, p. 423-432.

Garnier, Drouin, Boetau. — Consultation médico-légale sur cas d'hystéro-traumatisme. *Archives Générales médicales d'Angers*, 1900, t. IV, p. 266-275.

Grasset. — Clinique médicale Montpellier, 1897. Un cas d'hystéro-traumatisme. Question médico-légale. *Archives générales de Médecine*, Paris, 1903, t. XI.

Guinon. — Les agents provocateurs de l'hystérie. *Thèse*, Paris, 1888.

Ginestous et Fornel. — De l'amblyopie hystérique et simulation. *Gazette hebdomadaire de la Société médicale de Bordeaux*, 1900, XXI, p. 237-238 et *Journal de médecine de Bordeaux*, 1900, XXX, p. 454-455.

Gilles de la Tourette et Gasne. — Traité de Médecine Brouardel et Gilbert, t. X.

Kirsch. — Der Nachweis der simulation und Uebertreibung. *Monatsschrift für Unfall Heilkunde un Invaliden Wesen Leipzig*, 15 juli 1902, IX.

J. L. — La simulation dans les accidents. *La Médecine moderne*, n° 5, 4 février 1903.

Menier. Quelques procédés propres à dépister les simulateurs en matière d'accidents du travail. Paris, 1903, p. 141-145

Marie. — L'Hystéro-traumatisme. *Tribune médicale*, Paris 1902, 2 s., XXXV, p. 128-131.

Markoff. — L'hystéro-neurasthénie et la loi du 9 avril 1898. *Thèse*, Paris, 1902.

Raymond. — Clinique des maladies du système nerveux, 1898.

— Deux cas d'hystéro-traumatisme. *Revue de l'Hypnotisme et de Psychologie physiologique*, Paris, 1902, XVI. Hystérie provoquée chez une ouvrière à la suite d'un accident. *Journal de Médecine interne de Paris*, 1902, VII, p. 195.

Remy (Ch.). — Sur les Accidents du travail. *Bulletin médical* Paris, 1902, XVI, p. 741-744.

Périer (Charles). — XVI[e] congrès de l'Association Française

de chirurgie tenu à Paris, du 19 au 24 octobre. Extrait de la *Presse Médicale* du mercredi 21 octobre 1903.

Souques. — Article Hystérie dans le Manuel de médecine de Debove et Achard.

Schmidt Rimpler. — Simulation du rétrécissement concentrique du champ visuel. *Annales d'Oculistique*, t. CVIII, p. 461, 1892.

Lagrange. — *Traité d'Ophtalmologie*, collection Testut.

Vibert. — La Névrose traumatique. 1893.

Grouhel. — Etude médico-légale des maladies post-traumatiques. Lille, 1896.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE.)